

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 67

DE LA CONDUITE A TENIR
DANS LES
PERFORATIONS UTÉRINES
AU COURS DU
CURETTAGE POST-ABORTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932

PAR

Francis-Yves-Marie FLOCH

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à HANVEC (Finistère), le 23 février 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		ROCHER, professeur	Juges.
		DUBECQ, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 67

DE LA CONDUITE A TENIR
DANS LES
PERFORATIONS UTÉRINES
AU COURS DU
CURETTAGE POST-ABORTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932

PAR

Francis-Yves-Marie FLOCH

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à HANVEC (Finistère), le 23 février 1909.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		ROCHER, professeur	Juges.
		DUBECQ, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAO.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. TRAISSAC

Chef de Clinique de gynécologie.

Qui nous inspira le sujet de notre thèse
et nous aida de ses précieux conseils.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,*

Membre correspondant de la Société de Chirurgie,

Chevalier de la Légion d'honneur,

*Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Pour le très grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de cette
thèse.

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LES

PERFORATIONS UTÉRINES

AU COURS DU

CURETTAGE POST-ABORTUM

INTRODUCTION

La perforation de l'utérus, au cours du curettage, n'est pas chose très rare, et, comme le dit Lecène, « quel est le chirurgien auquel il n'est pas arrivé au moins une fois de perforer l'utérus au cours d'un curettage ? »

La conduite à tenir en présence d'une perforation de ce genre fut et reste très discutée, et tout récemment la discussion qui suivit un rapport de Proust ⁽¹⁾ à la Société nationale de chirurgie montra qu'il n'y avait pas unité de doctrine au sujet de la conduite à tenir.

La question fut reprise dans différentes réunions obstétricales, en particulier à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, où elle fut longtemps à l'ordre du jour. Là

(1) Proust, Société nationale de chirurgie, séance du 14 octobre 1931.

encore interventionnistes et abstentionnistes n'ont pu se mettre d'accord, car il est des partisans de l'abstention, comme il en est de l'intervention précoce dans tous les cas, chacun jugeant selon son tempérament chirurgical.

En présence de cette divergence de vues, nous avons pensé que la question du traitement des perforations de l'utérus au cours du curettage méritait d'être précisée. C'est ce que nous avons tenté de faire dans ce travail, ne nous occupant que des perforations provoquées par la curette dans l'utérus *post abortum*.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le curettage de l'utérus se fait couramment, dans tous les services de gynécologie et d'accouchements, tantôt pour une rétention placentaire (infectée ou non) après un avortement (spontané ou provoqué), tantôt pour une métrite, qui peut être soit hémorragique, soit chronique non gonococcique (métrite sénile), tantôt enfin le curettage se pratique pour biopsie dans le cancer du corps.

Les indications du curettage se sont bien restreintes de nos jours, et nous sommes loin de l'époque qui suivit l'invention de la curette; le curettage était alors très à la mode, on traitait par ce moyen affections chroniques et même aiguës de la matrice. Aussi les perforations étaient-elles nombreuses. La perforation de l'utérus a généralement pour cause un état pathologique de l'utérus (gangrène localisée de l'organe, existence d'un épithélioma, d'un polype, d'une môle hydatiforme, grossesse interstitielle, dans laquelle la paroi utérine est réduite au péritoine ⁽¹⁾ et surtout friabilité toute spéciale des parois des utérus *post partum* et métriques).

Il faut citer aussi la nécrose utérine, à la suite d'une injection de liquide caustique (teinture d'iode, par exemple) au cours de manœuvres abortives.

(1) Toupet, *Gynécologie in Technique chirurgicale de Marion*, 1932.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'utérus *après l'avortement* peut avoir une paroi d'une grande fragilité différenciant très peu de la fragilité du parenchyme utérin *post partum*.

Lorsqu'à la suite d'un avortement il y a rétention placentaire, l'utérus reste mou et friable, pendant longtemps, l'involution utérine ne se fait pas et Morlet ⁽²⁾ dit dans sa thèse : « Plus l'avortement est éloigné, en cas de rétention placentaire, et plus l'utérus est friable, et lorsqu'on intervient pour une métrite hémorragique due à la rétention de cotylédons placentaires, après un avortement datant de plusieurs mois, c'est alors que les perforations sont le plus fréquentes. Lorsqu'à la rétention *post abortum* s'associe un certain degré d'infection utérine, la friabilité du parenchyme utérin est encore accrue. »

La perforation est encore à craindre dans certains utérus, en état d'hypotrophie généralisée congénitale ou sénile, et dans les utérus que M. Paul Petit-Dutaillis ⁽³⁾ a appelés « utérus hernieux ». « Je dénomme ainsi, dit-il, une malformation que m'a fait connaître la radiologie, consistant en atrophies localisées, plus ou moins nombreuses, pouvant siéger en tout point du corps utérin, et qui se traduisent par des boursoufflures sur les contours de l'image radiographique obtenue après injection de lipiodol. Vous trouverez dans une communication de M. le Professeur Guyot et Jean Villar ⁽⁴⁾, à la Société d'obstétrique et gynécologie de Bordeaux, la preuve anatomique de cette malformation, et la démonstration de ce qui peut en résulter au cours d'un curettage *post abortum*. Cette présentation avait pour objet un utérus perforé pendant un curettage pour fausse couche infectée, et tirait son principal intérêt de l'existence au fond de l'organe d'une

(2) Morlet, Thèse Paris, 1904-1905.

(3) Paul Petit-Dutaillis, Société d'obstétrique et gynécologie de Paris, séance du 7 mars 1932.

(4) Professeur Guyot et J. Villar, Société de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux, séance de janvier 1928.

zone hypotrophique. dont une partie encore plus mince que le reste se présentait sous la forme d'une ampoule, siège de la perforation, et qui de l'avis des auteurs devait l'avoir facilitée. » (Nous retrouverons cette observation au chapitre des observations.)

Dans la métrite hémorragique l'utérus est souvent flasque, mal rétracté et infiltré, le tissu musculaire est devenu friable par suite de la dégénérescence de ses éléments, il est atrophié, il y a ectasie vasculaire et infiltration du tissu conjonctif interstitiel.

Dans les métrites chroniques il y a transformation fibreuse d'un grand nombre de fibres musculaires; donc diminuant la résistance des parois utérines et favorisant les perforations.

« A un autre point de vue », écrit Arnould ⁽³⁾, dans le *Marseille médical*, « il n'existe pas une, mais des perforations utérines, depuis la simple piqure plus ou moins profonde de la muqueuse ou du muscle qui provoque une gangrène limitée avec perforation plus ou moins complète de la paroi utérine, jusqu'à la brèche plus ou moins complète qui peut rester sous-péritonéale, mais qui peut aussi intéresser le ligament large, blesser des vaisseaux sanguins ou léser des organes du bassin (vessie; rectum, intestin). Blessures vasculaires et lésions viscérales sont loin d'être rares. De nombreux cas ont été publiés ces dernières années, surtout à l'étranger. La plaie utérine saigné plus ou moins dans le péritoine, et si l'hémorragie est le plus souvent peu abondante, du moins est-elle toujours réelle. Enfin, l'agent perforant et la cavité utérine elle-même sont plus ou moins infectés.

» De toutes ces modalités anatomiques, découle une gamme de modalités cliniques très différentes et qui exigent un traitement approprié. »

(3) Arnould, *Marseille médical*, 5 novembre 1930.

Les deux traitements les plus fréquents des perforations utérines sont diamétralement opposés l'un à l'autre, les opérateurs se divisent en deux camps opposés : d'une part, les interventionnistes systématiques et, d'autre part, les opportunistes et les abstentionnistes presque systématiques.

Nous allons étudier, dans un prochain chapitre, les arguments et la ligne de conduite de ces deux partis.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DES PERFORATIONS UTERINES

Le diagnostic de perforation au cours du curettage est assez difficile à poser, parce que, en dehors de la procidence de l'épiploon ou de l'intestin, à travers la perforation utérine, parmi les symptômes physiques qui sont les meilleurs : les uns ne sont pas des signes de grande probabilité; les autres fournissent bien une certitude, mais sont inconstants.

Rebreyeud reconnaît trois signes physiques de perforation :

- 1° La sensation de résistance vaincue;
- 2° L'enfoncement brusque de l'instrument perçu ou non à l'ombilic, le manche de la curette arrive à la vulve;
- 3° La discordance entre la pénétration de l'instrument et la mensuration utérine. La perforation sera à peu près certaine quand la sonde atteindra 15 centimètres, dit l'auteur.

On peut signaler aussi l'absence du retour des injections intra-utérines que l'on ne doit d'ailleurs pas pratiquer dans ce cas.

Il est évident que la perforation ne sera pas mise en doute si on attire avec la curette un morceau d'épiploon où une anse intestinale, ou bien s'ils font issue à travers les lèvres du col ou de la vulve.

L'hémorragie est en général peu abondante. La douleur est un symptôme très inconstant; en général la malade n'accuse aucune douleur au moment de la perforation. Elle

est le plus souvent endormie. Même non anesthésiée, la douleur peut manquer. Parfois cependant, dans des curettages faits par des médecins peu expérimentés, avec une certaine violence, il peut se manifester une vive souffrance.

Aucun signe de la perforation dans le curettage n'est donc absolument constant. Parfois, la perforation a passé inaperçue et le chirurgien n'en est averti que par les symptômes d'une péritonite par perforation. C'est la complication à craindre, surtout quand l'utérus est septique, et qui fait établir un diagnostic tardif.

On peut penser avoir perforé l'utérus si la curette s'engage dans une corne utérine ou une trompe anormalement dilatée; on n'a pas alors la sensation de liberté que l'on a lorsque la curette est dans la cavité abdominale.

Les fausses perforations sont nombreuses. Certains utérus (*post partum*, *post abortum*) ont des parois excessivement molles et très dépressibles, expliquant l'enfoncement excessif de la curette dans certains cas. « Ces utérus, dit Doléris, sont vraiment en caoutchouc. »

Cependant, on peut avoir affaire simplement à des utérus *post abortum* ou fibromateux, dont la cavité est agrandie, expliquant bien l'enfoncement de la curette.

Il s'agit parfois aussi d'une bougie qui, arrêtée quelque temps par l'isthme utérin, le force et pénètre brusquement dans la cavité utérine, donnant l'impression à l'opérateur d'avoir perforé l'utérus.

Le Professeur Guyot a observé un cas extrêmement intéressant : il s'agissait d'un petit utérus très mobile, à ligaments très lâches, qui se refoulait loin dans le ventre et pouvait remonter jusqu'à 20 centimètres.

Donc, même dans un utérus très petit, dans lequel la curette s'enfonce profondément, il faut toujours songer aux fausses perforations et ne pas poser trop rapidement un diagnostic de perforation vraie.

CHAPITRE III

OPPORTUNISTES ET INTERVENTIONNISTES

(Arguments et ligne de conduite)

En présence d'une perforation utérine, les opérateurs se divisent en deux camps bien tranchés : d'abord les interventionnistes systématiques, qui veulent que toute perforation de l'utérus seulement probable soit une indication formelle à la laparotomie exploratrice d'urgence, suivie, selon les cas, de la suture de la perforation ou de l'hystérectomie. La laparotomie est une mesure de sécurité qui s'impose absolument.

Parmi ceux qui ont soutenu l'interventionnisme systématique au cours des récentes discussions à la Société nationale de chirurgie et à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, citons Basset, P. Proust, Séjournet, P. Brocq, Le Lorier, Gueullette.

Aux interventionnistes s'opposent les abstentionnistes, ou plutôt les opportunistes, qui, moins absolus, n'admettent l'intervention que dans certaines conditions. Ces conditions ont été discutées et précisées par Séjournet, P. Moulonguet, Auvray, Douay, Lenormant, le Professeur J.-L. Faure, Schwaab, dans les réunions de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris.

Nous allons examiner d'abord les arguments et la ligne de conduite des opportunistes.

I. — Les opportunistes.

Il est un fait d'observation courante : c'est que beaucoup de perforations, même dans des utérus infectés, ont guéri sans intervention et sans qu'on emploie d'autres moyens de

traitement que les moyens médicaux (repos, glace sur le ventre) et sans qu'à aucun moment se soit posée d'indication opératoire. Ces cas favorables ont été observés par beaucoup d'opérateurs.

M. Auvray ⁽¹⁾, de Paris, a observé ainsi quatre ou cinq cas de vraies perforations; il a toujours pratiqué l'abstention. Le curettage a été immédiatement interrompu; immobilisation absolue dans les heures suivantes; surveillance rigoureuse. Toutes ont guéri de la façon la plus simple et sans complication d'aucune sorte.

« Voilà les faits, dit-il. Bien loin de moi la pensée d'en conclure qu'il ne faut jamais intervenir en pareil cas chirurgicalement. Mais si en principe l'intervention chirurgicale paraît s'imposer immédiate, en fait elle est discutable, comme on le voit avec les faits envisagés isolément. »

Il faut faire une différence entre les cas nombreux qui saignent et sont peu ou pas infectés et les cas où c'est la rétention avec infection qui nécessite le curettage.

Dans le premier cas, il s'agit, en général, d'une rétention placentaire *post abortum*, l'hémorragie est abondante, presque continue; l'avortement est plus ou moins ancien. Il n'y a aucun signe d'infection, pas de fièvre, bon état général, la curette ne ramène que des débris placentaires ou de muqueuse non suspects et sans aucune fétidité.

Si, dans ce cas, la perforation est survenue au cours d'un curettage, qu'elle a été produite par un instrument peu volumineux, aseptique, comme un hystéromètre, une bougie étroite ou une petite curette, si aucune manœuvre n'a pu aggraver les conséquences de la perforation et si aucun signe clinique ne permet de supposer qu'existent des lésions vasculaires ou viscérales, l'abstention est recommandable.

E. M. Siredey ⁽²⁾ cite un cas qui vient à l'appui de la thèse abstentionniste : « Une jeune femme fait une fausse couche

(1) Auvray, Société d'obstétrique et gynécologie de Paris, 1^{er} février 1931.

(2) Siredey, *Ibid.*

de six semaines; il n'y eut aucune menace d'infection, aucune douleur dans le bas-ventre à la suite de l'expulsion du fœtus, qui fut suivie cependant de pertes de sang abondantes, presque continues, qui persistèrent plus de deux mois, mais sans aucune réaction inflammatoire et sans fièvre. On pratique le curettage, perforation.

» La curette n'avait retiré que des débris de muqueuse, quelques débris placentaires, rien de suspect. Aucun symptôme d'infection. Abstention; glace sur le ventre. Il n'y eut ni élévation thermique, ni réaction inflammatoire locale. La malade se leva quinze jours plus tard. Grossesse l'année suivante. »

Dans ce cas, l'absence d'accidents provient évidemment du peu de septicité de la cavité utérine, et aussi de ce que les dégâts dus à la curette ont été réduits au minimum, et les abstentionnistes estiment que, dans un utérus non infecté, quand la perforation est petite, l'accolement des lèvres de la plaie utérine est spontané, par suite de la tonicité du muscle utérin et de la disposition de ses fibres.

Cet accolement spontané rend presque virtuelle la communication entre la cavité utérine et la cavité péritonéale et diminue ainsi les risques d'infection. « Et, disent encore les abstentionnistes, l'infection péritonéale et l'atteinte des viscères abdominaux sont encore moins à craindre quand la perforation est restée sous-péritonéale, n'intéressant que le ligament large par exemple, et c'est ce qui se produit souvent quand la perforation siège au niveau de l'isthme utérin, la curette pénétrant dans un ligament large. » (Molin et Desjacques) ⁽³⁾.

« Même dans des utérus infectés il faut noter l'innocuité des perforations étroites. Il est probable que le péritoine pelvien, malade depuis un certain temps, et ayant acquis une certaine résistance à l'infection, réagit moins énergique-

(3) Molin et Desjacques, *La perforation de l'utérus au cours du curettage*, Lyon médical, 1923, n° 48.

ment. Les chirurgiens font dans la cavité péritonéale pelvienne bien des manœuvres qu'ils n'oseraient entreprendre au niveau de l'estomac et du foie. » (Lenoir) (4).

Et puis, il existe une défense de l'organisme en face de ces perforations, puisqu'on a pu trouver, au niveau d'une ancienne plaie utérine, des fragments épiploïques inclus. Et, en effet, la plupart du temps, l'épiploon vient boucher, colmater la brèche utérine, protégeant efficacement la cavité péritonéale (Kusstner, Dieust) (5).

Donc l'avis général des éclectiques, en présence d'une perforation utérine, lorsqu'il s'agit d'un utérus cliniquement non infecté, que la perforation est petite, lorsque aucune manœuvre n'a pu aggraver les conséquences de la perforation, est que l'expectative surveillée est recommandable en mettant la femme au repos absolu, avec de la glace sur le ventre, et en se tenant prêt à intervenir tout de suite si des signes de réaction péritonéale apparaissent.

Mais encore faut-il que l'utérus soit vide et qu'il n'y reste nul débris ovulaire. Et, selon le moment auquel survient la perforation, il est parfois bien difficile de vider complètement l'utérus.

Selon M. Schwaab (6), si la perforation survient vers la fin du curettage, et s'il ne reste que peu de tissu ovulaire dans l'utérus, on peut terminer prudemment l'évacuation, avec le doigt si possible, à condition de ne pas manœuvrer en zone perforée, car les chances de péritonite sont d'autant plus grandes qu'il reste quelque chose dans l'utérus.

Si la perforation survient au début du curettage, avant qu'on ait complètement vidé l'utérus de ses débris, il faut, autant que possible, assurer l'évacuation de ceux-ci. Si la perforation siège dans le fond, comme il serait dangereux de

(4) Lenoir, Thèse Paris, 1897-1898, p. 28.

(5) Dienst, Société d'obstétrique et gynécologie de Leipzig, 20 mai 1912.

(6) Schwaab, Société d'obstétrique et gynécologie de Paris, 1^{er} février 1931.

continuer à manier la curette, on ne peut le faire que par curage digital, mais souvent les débris résistent et sont impossibles à extraire avec le doigt, et les doigts n'arrivent pas toujours jusque dans le fond de l'utérus et dans les cornes. Dans ce cas, certains préconisent l'abstention quand même, si l'on est sûr qu'il n'y a pas eu de manœuvres abortives. D'autres considèrent comme une cause d'infection certaine la présence de débris utérins, même s'il n'y a pas eu de manœuvres abortives (Schwaab), et déclarent que l'abstention doit être rejetée; il faut choisir la laparotomie rapide suivie d'hystérectomie.

Cependant Donay (7) estime qu'une perforation faite au début du curettage, lors de la dilatation par l'hystéromètre ou la bougie de Hégar, est à peu près inoffensive et n'empêche pas de continuer le curettage, car la perforation est alors tellement étroite qu'on peut la considérer comme inexistante. Donay rapporte un cas de perforation par la bougie de Hégar : « Au cours d'un curettage fait pour hémorragie par rétention placentaire, après une fausse couche de deux mois, une bougie qui pénétrait à douze centimètres entra tout à coup dans le ventre sans résistance. »

Donay, après s'être assuré que l'utérus n'était pas en rétroversion, reprit la curette et pénétra doucement en suivant une direction différente de celle de la fausse route, prit contact avec le fond de l'utérus à 12 centimètres, et fit le curettage en ne dépassant pas cette profondeur. La femme guérit sans difficulté.

Certains opérateurs (Jeanneney, de Bordeaux) estiment que la bougie, en créant de fausses routes, prépare ainsi la voie à la curette qui perfore plus aisément l'utérus. Il vaudrait mieux, dans ces conditions, interrompre immédiatement le curettage, mais, comme le montre l'exemple de Donay, il est possible de continuer le curettage en manœuvrant prudemment, car il est pénible pour un opérateur d'abandonner un

(7) Donay, Société d'obstétrique et gynécologie de Paris, décembre 1931.

curettage à cette phase, surtout lorsque l'utérus a le besoin le plus urgent d'être vidé.

Et puis, autre argument des abstentionnistes, est-on toujours sûr d'avoir perforé l'utérus ? ne s'agit-il pas quelquefois d'une fausse perforation ? Les observations de ce genre sont assez nombreuses. A combien d'interventions inutiles ne s'expose-t-on pas, en faisant la laparotomie systématique ?

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que la conduite des abstentionnistes en présence de perforations étroites dans un utérus non infecté. En cas de perforation large, soit qu'on ait employé une large curette à bords tranchants, maniée assez brutalement, ou bien qu'on ait employé une curette étroite, mais qu'on ait agrandi l'orifice de perforation, en voulant le reconnaître et en y manœuvrant.

Dans ces larges perforations, on doit craindre la blessure des viscères profonds; d'autre part, les lèvres de ces grandes perforations s'accoleront plus difficilement, une communication subsistera entre l'utérus et la cavité péritonéale.

Quand la perforation est compliquée de procidence de l'intestin ou de l'épiploon assez souvent lésés, personne ne discutera la nécessité de l'intervention, quoi qu'on ait vu Dudley, de New-York, repousser dans la cavité abdominale 20 centimètres d'anses grêles ramenées par sa curette, tamponner la cavité utérine et guérir sa malade. Gueullette (8), qui cite ce fait, dit que ce n'est pas un exemple à suivre, car il est exceptionnel que les anses intestinales ne soient pas lésées.

M. Rouhier (9) rapporte un cas de curettage où la curette s'enfonça très profondément; on la retira et on explora avec précaution la cavité utérine; on sentit dans l'utérus une masse mollassse; croyant que c'était le placenta, on l'attira

(8) Gueullette, Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 4 juillet 1932 (séance).

(9) Rouhier, Société nationale de chirurgie, séance du 4 novembre 1931.

avec douceur et prudence. C'était une anse intestinale avec un coin de mésentère. Il lâcha le tout qui se rétracta et refoula le tout à l'aide d'une bougie de Hégar à travers la perforation utérine. Tamponnement de l'utérus; glace sur le ventre. Guérison.

L'auteur ne présente pas sa conduite comme un modèle; il estime, au contraire, que toute perforation utérine certaine, surtout avec inclusion de l'intestin, commande la laparotomie immédiate.

Bergouignan⁽¹⁰⁾, Küss⁽¹¹⁾ relatent des cas de perforation avec inclusion du grêle.

Dans un des cas de perforation que relate Küss, on ne soupçonnait pas l'inclusion de l'intestin; la perforation étant survenue dans un utérus infecté, on s'était abstenu de toute intervention; et ce sont des signes d'occlusion intestinale qui amenèrent l'intervention le surlendemain du curettage.

Quand la perforation est compliquée d'une injection intra-utérine, passée dans la cavité péritonéale, que l'injection ait été faite avec un liquide inoffensif ou un liquide caustique comme le sublimé, personne ne discute l'intervention, pas plus que dans les cas où la perforation s'accompagne de signes d'hémorragie interne, car l'artère utérine peut avoir été sectionnée et le sang peut passer dans le péritoine.

En résumé, pour les abstentionnistes, ce n'est que dans les perforations étroites, dans un utérus cliniquement non infecté et sans complication surajoutée, que l'abstention et l'expectation surveillée sont préconisées. Encore faut-il tenir compte du moment du curettage où est survenue la perforation. Si elle se produit à la fin du curettage, l'utérus étant vidé des débris placentaires qu'il contenait, l'expectation est admissible dans les cas précités. Par contre, si elle survient au début du curettage et si on n'a pu évacuer l'utérus complètement, l'abstention devient plus discutable.

(10) Bergouignan, Société nationale de chirurgie, séance du 14 octobre 1931.

(11) Küss, Société nationale de chirurgie, séance du 14 octobre 1931.

Si la perforation est large, ou si elle s'est produite dans un utérus manifestement infecté, ou si l'on constate l'adjonction d'une complication intestinale ou mésentérique, ou lorsque le liquide d'injection utérine est passé dans l'abdomen, lorsqu'il y a réaction péritonéale, alors éclectiques et interventionnistes systématiques s'accordent sur la nécessité d'intervenir.

II. — Les interventionnistes.

Nous avons vu jusqu'à présent la conduite et les arguments des éclectiques; voyons maintenant les arguments que présentent les interventionnistes en faveur de leur ligne de conduite.

D'abord, disent-ils, l'abstention a amené des désastres dont on ne connaît pas toute l'étendue, car beaucoup de cas n'ont pas été publiés. Et il est difficile de dire si un utérus n'est pas infecté. Pour les interventionnistes, un utérus en état de rétention placentaire *post abortum* est toujours un utérus plus ou moins infecté; si l'infection n'est pas cliniquement évidente, elle est latente, apyrétique, et peut provoquer, à l'occasion de la perforation, une péritonite, si l'on n'intervient pas.

Et les interventionnistes systématiques, dans tous les cas Proust et Basset ⁽¹²⁾, tiennent tous les utérus où l'on intervient par curettage pour des utérus infectés, et Proust dit qu'il a été obligé d'intervenir secondairement chez des malades atteintes de perforations utérines traitées par l'abstention.

Seule la laparotomie permettra de juger de l'importance de la perforation, dit encore Proust.

« La curette ayant pénétré dans la cavité abdominale peut, au moment où on la ramène, attirer avec elle une anse

(12) Proust, Société nationale de chirurgie, séance du 14 octobre 1931

(13) Basset, *ibid.*

d'intestin, la désinsérer du mésentère, puis s'en dégager en pénétrant à nouveau dans la cavité utérine. Cette lésion passera fatalement inaperçue si on ne fait pas de laparotomie. »

Un grand nombre des succès de l'abstention sont dus à ce que très souvent il s'agit de fausses perforations, dit Basset ⁽¹⁴⁾. « Dans la plupart des observations que j'ai lues, le doute est légitime et aucune preuve péremptoire n'est donnée de l'existence de la perforation. Qu'au cours de la dilatation ou du curettage, une bougie ou une curette s'enfonce brusquement, avec ou sans réssaut, à une profondeur qui paraît anormale et inquiétante, cela ne constitue pas une raison suffisante pour affirmer que l'utérus vient d'être perforé. »

« Pourquoi s'abstenir ? dit M. Brocq. Parce que le trou peut être petit et que les fibres de l'utérus sont capables, par leur disposition, de l'obturer spontanément ? Mais nous ne pouvons rien savoir à ce sujet sans avoir ouvert le ventre. Parce qu'il y a de nombreux cas qui guérissent par l'abstention ? Mais il suffit qu'il y ait quelques cas qui soient capables d'entraîner la mort par hémorragie intra-abdominale, soit par infection péritonéale, ou générale, par lésions mésentériques ou intestinales pour que le principe de l'intervention prenne force de loi. »

Si les lésions sont minimales, la laparotomie n'a pas nui, mais si les lésions sont graves, c'est encore en opérant le plus tôt possible qu'on a le plus de chance de sauver la malade. Je ne puis accepter, ajoute M. Brocq (dans les cas douteux qui sont les plus nombreux), l'expectation, l'attente des signes péritonéaux, qui, s'ils viennent à apparaître, ne soulèveront que les regrets d'avoir trop hésité.

(14). Basset, Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, décembre 1931.

(15) Brocq, *Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie de Paris*, séance du 2 mai 1932.

CHAPITRE IV

LES MODALITES DE L'INTERVENTION

I. — La colpotomie.

Certains auteurs, Morestin, Molin et Desjacques⁽¹⁾ plus récemment, préconisent la colpotomie postérieure, qui a pour avantages d'abord la simplicité opératoire. Il suffit d'ouvrir aux ciseaux le cul-de-sac postérieur, de dilater l'ouverture ainsi produite et de mettre une mèche ou un drain dans le Douglas. « On reste dans la voie vaginale et la malade elle-même ignore la complication dont elle a été victime. Dans les jours qui suivent l'intervention, la malade est maintenue au lit en position de Fowler, avec une vessie de glace sur l'abdomen. Elle est maintenue à la diète et on lui administre une potion opiacée, la mèche est enlevée au cinquième jour. Durant tout ce temps, une surveillance attentive est exercée pour intervenir plus énergiquement au moindre signe alarmant. Dans les cas que nous avons observés, les suites ont été des plus simples, malgré un peu de température les premiers jours. » (Molin et Desjacques.)

Mais ces auteurs déclarent qu'en cas de lésions utérines très infectées, de blessure intestinale ou vésicale, d'hémorragie très grave, ils pratiquent une laparotomie.

La colpotomie draine le cul-de-sac de Douglas et permet d'évacuer au dehors les sécrétions plus ou moins septiques

(1) Molin et Desjacques, Traitement de la perforation de l'utérus au cours du curettage par la colpotomie, *Marseille médical*, 29 novembre 1923.

déversées dans le péritoine à la faveur de l'effraction utérine. En second lieu, la colpotomie permet d'évacuer le sang qui se trouve dans le Douglas, car la plaie de l'utérus donne lieu à une hémorragie plus ou moins abondante, et il est logique d'évacuer ce milieu de culture; cette colpotomie s'impose lorsqu'il s'agit d'évacuer le liquide de l'injection intra-utérine passée dans l'abdomen, ou bien s'il s'agit d'un abcès qu'il faut évacuer.

La plupart des auteurs considèrent ce procédé comme mauvais et Basset dit : « La colpotomie postérieure peut, s'il y a eu perforation utérine, vider le cul-de-sac de Douglas du sang qu'il contient ou drainer un abcès pelvien tardif, mais elle est impuissante à assurer l'hémostase de la brèche utérine, insuffisante pour assurer un drainage large et efficace en cas d'accidents péritonéaux. Elle pourrait même favoriser l'infection en faisant communiquer le cul-de-sac péritonéal avec le vagin. »

Quant à la colpotomie antérieure, elle a les mêmes inconvénient que le procédé précédent.

Si elle a pu permettre à certains de faire basculer l'utérus et de suturer la perforation, elle est un procédé d'exception, car la majorité des perforations siègent sur le fond de l'utérus.

II. — L'hystérectomie vaginale.

L'hystérectomie vaginale n'a pas trouvé beaucoup de défenseurs. Lenoir l'avait recommandée de préférence à la laparotomie, et vers 1900 on la pratiquait couramment en cas de perforation utérine; on la tenait alors pour une opération bénigne, facile et rapide, faisant perdre peu de malades. Actuellement, elle ne trouve que peu de défenseurs. Cependant le Professeur J.-L. Faure la préconise dans certains cas : « Utérus très infectés, perforés par le chirurgien lui-même, chez des femmes en mauvais état général », de même

Donay, qui, en présence d'une perforation dans un utérus infecté et curetté pour rétention très septique, estime que le mieux est de pratiquer tout de suite l'hystérectomie vaginale.

A. Basset (2) lui fait plusieurs reproches capitaux. Le drainage n'est pas meilleur que par voie abdominale et elle est très loin d'être facile à faire, en particulier lorsque le tissu utérin, friable et ramolli, se déchire à la moindre traction des pinces. Elle est toujours mutilante, alors que l'intervention par voie haute peut souvent être conservatrice, en tout cas permet d'adapter la technique à l'étendue et à l'ancienneté des lésions. Elle est aveugle, car elle ne permet pas de voir s'il y a des lésions viscérales (épiploon, intestin) et de les traiter. Enfin, elle n'est pas capable de montrer à coup sûr la perforation utérine elle-même. Et dans les cas de fausses perforations l'hystérectomie est inutilement mutilante.

M. Brocq dit à son tour : « De l'hystérectomie vaginale je ne veux pas ou je n'en veux que dans des circonstances spéciales. Elle n'est valable que pour les lésions utérines, elle ne vaut rien contre les lésions périphériques telles que les plaies de l'intestin. Et pour l'utérus elle est parfois trop radicale. » Sa seule indication correspond aux cas dont parle le Professeur J.-L. Faure (utérus très infecté, perforé par le chirurgien lui-même, chez des femmes en mauvais état général.

Ces arguments de Basset et Brocq condamnent l'hystérectomie vaginale, surtout parce qu'on s'exposera à enlever des utérus perforés, mais dont la conservation s'imposait.

Et P. Guéniot (3), qui dans sa thérapeutique gynécologique avait préconisé l'hystérectomie vaginale, se déclare convaincu par les arguments de M. Basset et déclare que désormais il modifiera sa conduite et fera de préférence la laparotomie : « Et, en effet, il faut préférer une opération, qui, sans délabrements définitifs et irréparables, permettra, sui-

(2) A. Basset, Société d'obstétrique et gynécologie, Paris, décembre 1931.

vant les cas, de drainer simplement, de suturer la plaie ou de faire l'hystérectomie.

» Nous ne ferons que deux concessions aux partisans de l'hystérectomie vaginale : Elles ont trait, d'une part, aux femmes ayant dépassé la ménopause et chez lesquelles le sacrifice de l'utérus est permis et, d'autre part, aux cas de rétention placentaire fébrile. Dans ce cas, si on perfore l'utérus, on peut, d'une part, juger légitime et urgente la suppression de l'organe; d'autre part, craindre la laparotomie faite en milieu septique. »

III. — La laparotomie.

C'est à la laparotomie que vont tous les suffrages. Elle permet de voir la lésion utérine, son importance et sa situation, et d'appliquer en connaissance de cause un traitement convenable qui pourra être conservateur dans un bon nombre de cas, par exemple en cas de fausse perforation utérine, où l'hystérectomie vaginale, entreprise sur un diagnostic erroné, constituerait une déplorable et irréparable mutilation, ensuite beaucoup de cas de perforation peu large, où, si les conditions concomitantes sont favorables, la suture de la perforation est suffisante. La laparotomie permet enfin de voir et de traiter les lésions associées qu'on rencontre dans quelques cas, hémorragie intrapéritonéale, présence de débris placentaires dans la cavité péritonéale, lésions de l'intestin ou de l'épiploon, déchirure du mésentère; elle permet aussi, le cas échéant, de remédier aux blessures vasculaires et de traiter les plaies de la vessie ou du rectum.

Elle permet encore, dit Arnould⁽⁴⁾, « en évacuant l'hémorragie intrapéritonéale, de supprimer un redoutable milieu de culture pour l'association streptocoque-anaérobies ».

(3) Guéniot, *Bulletin médical*, 24 septembre 1932.

(4) Arnould, *Marseille médical*.

« Suivant les cas (Ferrari)⁽⁵⁾ et suivant l'importance de la brèche utérine et l'état de ses bords, suivant aussi certaines autres circonstances, on se décidera, une fois le ventre ouvert, soit pour la suture de la perforation, soit pour l'hystérectomie abdominale. »

Pour les cas où la perforation s'est produite peu de temps après l'accouchement, et si l'on est sûr qu'aucune infection n'est menaçante, on fera la suture. Mais s'il y a le moindre doute, c'est à l'hystérectomie qu'il faudra avoir recours, suivie d'un drainage (Mikulicz).

D'après M. Sauvé⁽⁶⁾, la suture primitive pourra être tentée dans le cas d'une perforation très récente et à bords très nets; par contre, s'il s'agit d'un gros utérus mou, avec perforation mâchurée et sanieuse, on doit faire l'hystérectomie.

Pour M. Proust⁽⁷⁾, en présence d'une perforation utérine simple, sans incarceration d'organe, si la laparotomie permet de constater une plaie nette, non saignante, facile à suturer, et si l'on est très près de l'heure de la perforation et qu'on ait des raisons de supposer que l'utérus n'est pas infecté, on peut évidemment recourir à la suture.

M. Rouhier⁽⁸⁾ estime que si toute perforation utérine certaine avec inclusion d'intestin commande la laparotomie immédiate, elle ne commande pas pour cela l'hystérectomie.

Bergouignan⁽⁹⁾ a rapporté une observation à la Société nationale de chirurgie. Il s'agissait d'une large perforation utérine, avec inclusion de l'intestin grêle, traitée par laparotomie, résection de l'anse qui était désinsérée de son mésentère, anastomose latéro-latérale et hystérectomie sub-totale. Cette conduite chirurgicale fut suivie de la guérison de la malade.

(5) Ferrari, Société d'obstétrique et gynécologie d'Alger, séance du 16 avril 1932.

(6) Sauvé, Société nationale de chirurgie, séance du 4 novembre 1931.

(7) Proust, *loc. cit.*

(8) Rouhier, *loc. cit.*

(9) Bergouignan, Société nationale de chirurgie, séance du 14 octobre 1931.

Mais ce cas est exceptionnel et Küss⁽¹⁰⁾ cite deux cas de perforation utérine avec inclusion du grêle où il se contenta de désinsérer l'anse intestinale et de faire une suture au gros catgut, prenant toute l'épaisseur de la paroi utérine en restant en deçà de la muqueuse.

L'hystérectomie, dans ces cas, paraît à M. Rouhier plus dangereuse qu'utile, surtout quand il faut traiter longuement des lésions intestinales. Mais la conservation n'est possible qu'à la condition d'une évacuation parfaite de la cavité utérine et de la possibilité d'une résection complète des bords de la plaie, pour qu'on puisse suturer des tissus sains et bien nourris et restaurer un utérus petit mais régulier, enfin et avant tout que les manœuvres ayant déterminé la blessure soient récentes, datent au plus de quelques heures, pour qu'il n'y ait ni infection ni péritonite déclarées.

Si l'utérus est trop déchiqueté, si les moyens de nutrition sont compromis, s'il y a un début de péritonite ou infiltration œdémateuse de la matrice, l'hystérectomie est indispensable.

La suture dont Basset et P. Brocq viennent de publier des cas suivis de guérison, qui s'ajoutent à ceux plus anciens de nombreux auteurs, est certainement à préférer toutes les fois qu'elle est possible et qu'il n'existe pas de contre-indications, car elle n'entraîne pas de mutilations, et il existe plusieurs observations de femmes qui, ultérieurement, ont pu mener à bien une grossesse. Mais encore faut-il que la brèche utérine ne soit pas trop étendue ni trop déchiquetée, et que le tissu de ses bords ne soit pas trop friable ni infecté. Si elle est irrégulière on peut, il est vrai, régulariser et exciser ses bords avant de procéder à la suture. Le Lorier a même cité un cas dans lequel on avait réséqué une portion relativement importante de paroi utérine et une grossesse survint qui se termina à terme par la naissance d'un enfant vivant.

(10) Küss, Société nationale de chirurgie, séance du 14 octobre 1931.

Mais pour procéder à la suture, encore faut-il que l'utérus ait été vidé des débris placentaires qu'il contenait.

Le traitement par la suture doit être abandonné au profit de l'hystérectomie dans les cas de brèche utérine étendue, à bords irréguliers, déchiquetés ou friables, dans ceux d'utérus manifestement septiques, dans ceux où les annexes malades doivent être enlevées, dans ceux où existent déjà des signes de péritonite. Un large drainage abdominal ou abdomino-vaginal est naturellement de mise dans ces cas où l'utérus est septique.

CHAPITRE V

LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DES PERFORATIONS

Il nous semble indispensable de dire quelques mots de la prophylaxie de la perforation utérine. La dilatation de l'utérus doit précéder le curettage et doit se faire, selon Forgue et Massabuau ⁽¹⁾, « au moyen de tiges de laminaires de calibre croissant ».

Metzger et Valensi ⁽²⁾ condamnent la dilatation aux bougies de Hégar qui peuvent provoquer une rupture du col et qui ne dilatent pas suffisamment le col pour permettre l'introduction du doigt, ne permettant de pratiquer qu'un curettage aveugle et rendant impossible la revision digitale de l'utérus.

Ces auteurs recommandent d'employer, au lieu de bougies de Hégar, un faisceau de petites laminaires perforées qui dilatent moins rapidement le col que les bougies de Hégar, mais ont l'avantage de permettre une dilatation suffisante, tout en drainant efficacement la cavité utérine.

Tous les auteurs recommandent de manier la curette prudemment et d'employer la curette mousse, qui ne risque pas de blesser gravement la paroi utérine.

(1) Forgue et Massabuau, *Gynécologie*, in *Thérapeutique chirurgicale de Marion*, 1932.

(2) Metzger et Valensi, Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, séance du 11 avril 1932.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Professeur GUYOT et Jean VILLAR,
Service de clinique gynécologique Hôpital A.-Boursier.)

Curettage. — Perforation. — Hystérectomie. — Guérison (1928).

Jeune femme de la Martinique, âgée de 34 ans.

Pleurésie, appendicite opérée et paludisme dans ses antécédents. Bien réglée. Une première fausse couche il y a un an. Fausse couche de 2 mois au mois de septembre. Hémorragies répétées depuis, plus abondantes au cours de novembre. Fièvre à 39 degrés, le 26 novembre. Elle se décide à entrer à l'hôpital. Elle est alors fatiguée, anémiée, perd du sang, mais n'a pas de fièvre. A l'examen, utérus pas très gros, mais col ramolli, entr'ouvert et saignant.

Le curettage est pratiqué le 28 novembre. Quoiqu'il ait été fait prudemment, on a la sensation que la curette, brusquement, se trouve intrapéritonéale. Tamponnement utérin.

Cinq heures après, la malade ayant un pouls à 120, étant fatiguée, on l'examine. Matité dans les flancs, pas de réaction péritonéale. On décide d'intervenir. Laparotomie médiane. Il existe à peu près 500 cc. de sang dans le petit bassin.

L'utérus est perforé au niveau de son fond, hystérectomie rapide. Mikulicz (la malade ayant eu 39 degrés la veille); suites favorables. Après un choc opératoire minime et une légère réaction péritonéale, évolution normale.

Sort guérie au bout d'un mois, après une poussée de paludisme dans le service.

L'utérus, sectionné, montre que le fond est au niveau de la perforation, extrêmement mince par rapport aux parois, qui ailleurs sont assez épaisses. Il existe aussi à ce niveau comme une géode creusée dans le muscle utérin et qui a préparé la voie à la perforation (manœuvres abortives probables, ?).

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PAPIN.)

Femme âgée de 63 ans, présente des hémorragies utérines après la ménopause.

Un curetage explorateur est décidé; l'utérus est petit, rétracté sur lui-même, ses parois sont friables, saignantes; vers la fin du curetage, on a l'impression nette de résistance vaincue, de perforation utérine. On contrôle en enfonçant la curette, dont le manche continue à filer vers l'abdomen. La perforation n'est pas douteuse.

La malade étant âgée et fatiguée, on se décide à l'abstention; la malade est remise dans son lit, glace sur le ventre. Guérison sans incident.

OBSERVATION III (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PAPIN.)

Jeune femme âgée de 27 ans.

On pratique le curetage pour hémorragies utérines persistantes. Aucun signe d'infection, pas de température. Au cours du curetage, on ramène quelques débris ressemblant à des débris placentaires et, vers la fin de l'intervention, on perfore l'utérus, qui était mou, sans résistance. La malade avait soigneusement caché qu'il s'agissait d'une fausse couche et avait nié tout antécédent à cet égard. La perforation semblant certaine, on fait une laparotomie immédiate. Il existe sur le fond utérin, et un peu en avant, une perforation (plaie angulaire en L qui saigne très peu).

Suture par deux points de catgut et enfouissement par un deuxième surjet. Glace sur le ventre. Guérison très simple, sans incident.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur LACOUTURE.)

Jeune femme, fausse couche de 3 semaines, hémorragies répétées depuis, pas de température, bon état général.

Le curettage est pratiqué à la clinique Paul-Bert; brusquement, on a une sensation de perforation, la curette pénètre tout d'un coup à plus de 12 centimètres. On arrête l'opération, on transporte la malade au lit, position de Fowler; glace sur le ventre.

Pas de fièvre dans les jours suivants, pas de réaction péritonéale. Guérison.

OBSERVATION V (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur LACOUTURE.)

Jeune femme, fausse couche de 8 jours environ. Température, 38°5 la veille du curettage.

Curettage, sensation de perforation, la curette s'enfonce rapidement.

Laparotomie immédiate, on découvre une matrice présentant une perforation à sa face antérieure, près de l'angle utérin droit. La perforation est bouchée par de l'épiploon, la paroi utérine est molle et friable.

A cette époque, croyant à l'imminence d'une péritonite, on fait l'hystérectomie, mais sans drainage, car on n'a pas constaté d'épanchement sanguin abdominal.

Suites normales.

OBSERVATION VI.

(J. MANGÉ, Société d'obstétrique et gynécologie de Bordeaux.

8 déc. 1931.)

Jeune femme âgée de 24 ans, rentre à Canolle parce qu'elle saigne constamment en petite quantité, depuis une fausse couche remontant à 3 semaines.

On décide un curettage. Le col est fermé; dilatation aux bougies

de Hégar : on passe sans difficulté jusqu'au numéro 11, la bougie n° 12 s'enfonce brusquement, sans résistance, d'une façon anormale. On cesse la dilatation et on introduit une petite curette qui passe à travers la perforation et s'enfonce plus loin que le fond utérin; on la sent à travers la paroi abdominale, on la ramène et on fait le curettage; on ramène quelques débris placentaires. Glace sur le ventre; pas de température.

Bonnes suites.

OBSERVATION VII.

(J. MANGÉ, Société d'obstétrique et gynécologie de Bordeaux,
8 déc. 1931.)

Jeune filie de 22 ans, enceinte de deux mois et demi; se fait avorter.

Le docteur Mangé la voit trois jours après l'avortement; elle saigne abondamment, température à 39° 5.

Curettage, perforation au début du curettage; malgré cela, il termine le curettage. Glace sur le ventre. La température baisse au-dessous de 37 degrés.

Pas de réaction péritonéale.

OBSERVATION VIII.

(Canolle-Maternité, Service de M. le Professeur agrégé PÉRY.)

Jeune femme de 24 ans. Entrée le 13 juin 1927. Quatrième grossesse.

La malade rentre à Canolle pour pertes assez abondantes depuis son dernier avortement, fait trois semaines auparavant.

On décide un curettage; le col étant fermé, on pratique la dilatation aux bougies d'Hégar. Une bougie passe sans incident, la seconde s'enfonce sans résistance d'une façon anormale. Une curette introduite semble passer par un orifice situé sur le fond et est sentie sous la peau de l'ombilic. Laparotomie immédiate. On découvre une perforation sur la partie droite du fond. Suture. Mikulicz.

Sort guérie le 13 juillet 1927.

OBSERVATION IX (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

Femme chez laquelle on fait un curettage pour hémorragies après avortement.

Pas de température, aucun signe d'infection, perforation; la curette ramène un morceau d'épiploon; on refoule l'épiploon dans la cavité abdominale, à travers la brèche utérine. Abstention, on met la malade au lit, glace sur le ventre.

Guérison.

OBSERVATION X (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

Femme chez laquelle on fait un curettage pour rétention placentaire infectée après avortement.

Au cours du curettage, la perforation se produit. Le mari ayant demandé au professeur agrégé Jeanneney de conserver coûte que coûte l'utérus de sa femme, on fait une laparotomie exploratrice et on découvre une perforation siégeant sur la face antérieure de l'utérus, près de la corne droite. Cette perforation est étroite, il n'y a pas d'inclusion intestinale. L'utérus étant infecté, mou et friable, on ne fait pas de suture; on se contente de recouvrir la plaie utérine avec de l'épiploon. On referme.

La malade guérit sans incident.

OBSERVATION XI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur J. VILLAR.)

Jeune fille âgée de 24 ans, en état de rétention placentaire après un avortement remontant à une dizaine de jours. Hémorragies utérines abondantes depuis.

On se décide à faire un curettage. Température, 38 degrés la veille au soir. Masse placentaire insérée dans la corne droite. La curette, quoique maniée avec douceur, à un moment donné s'en-

s'enfonce brusquement, filant dans la cavité péritonéale. On termine très prudemment le curettage, méchage vers l'orifice supposé de la perforation. Glace sur le ventre. Repos.

Suites apyrétiques.

OBSERVATION XII.

(BARTHÉLÉMY, *in* thèse SAMARA, 1929.)

Mme X..., âgée de 48 ans, se plaignait, depuis quatre ou cinq jours, de douleurs abdominales, qu'elle localisait mal.

Son médecin traitant fait appeler un chirurgien, pensant à un abcès sous-phrénique, à cause d'un lointain passé gastrique. La malade ne donne pas de renseignements sur l'histoire de sa maladie.

Défense abdominale généralisée. A la palpation de la région hypogastrique, douleur un peu plus vive qui attire l'attention de ce côté.

Par le toucher vaginal, on sent un col mou, entr'ouvert, qui, à ce moment, expulse un débris de placenta qu'on ramène avec le doigt. Corps gros, mais sans développement exagéré des cornes utérines; annexes non perceptibles. Malade grasse, difficile à examiner; on sent sur la face postérieure de l'utérus un petit noyau fibromateux de la grosseur d'une noix.

La malade finit par avouer un avortement provoqué remontant à une quinzaine de jours et des pertes plus abondantes depuis ce moment. La température n'a pas été prise. Le pouls est bon. On porte alors le diagnostic de rétention placentaire, et les signes hémorragiques étant importants et les annexes saines, on décide d'évacuer l'utérus.

Opération le surlendemain. La veille au soir, température, 37° 8. Le col s'est complètement refermé et on doit le dilater aux bougies d'Hégar. On introduit difficilement la curette, car on sent une série de bosselures, au delà desquelles on s'enfonce dans des tissus très mous que l'on ramène au dehors. Il s'agit d'assez gros morceaux de placenta, abondants, surtout dans la corne gauche. Le curettage est conduit avec une prudence extrême, car les bosse-

lures de l'entrée gênent beaucoup, et à aucun moment on n'a la sensation de rencontrer la paroi utérine. Au quatrième ou cinquième coup de curette, sans avoir fourni d'effort anormal, la curette s'enfonce et on porte le diagnostic de perforation. Aussitôt, hystérectomie abdominale.

Guérison.

L'utérus enlevé présentait trois noyaux fibromateux à la partie inférieure. Les deux ovaires sont scléro-kystiques, on distingue néanmoins un très petit corps jaune.

Dans la région de la corne gauche, on trouve, creusée dans la paroi utérine, une cavité de la grosseur d'un œuf de poule, remplie de placenta.

Le fond de cette poche, de la dimension d'une pièce de 5 francs et dont la perforation occupe le centre, a une épaisseur d'un millimètre environ. Le canal de la trompe, cependant peu dilaté, est bourré de placenta sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

Il s'agissait donc d'une grossesse interstitielle.

CONCLUSIONS

I. — Une remarque d'ordre général s'impose après cette courte étude des perforations de l'utérus, au cours du curetage : c'est leur bénignité relative dans la grande généralité des cas. Et, en effet, on observe couramment leur guérison spontanée, même dans le cas d'utérus nettement infectés ou lorsque la perforation est compliquée de la procidence de l'intestin ou de l'épiploon.

II. — LES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Elles nous paraissent être les suivantes :

Intervention :

Si la perforation s'est produite dans un utérus très nettement infecté, dont le type est la rétention placentaire avec infection caractérisée (fièvre, pouls rapide, pertes fétides, etc.);

Si la perforation s'est produite dans un utérus néoplasique;

S'il y a des signes prononcés d'hémorragie interne;

S'il existe des lésions secondaires des autres organes abdominaux, en particulier de l'intestin.

Abstention : Dans tous les autres cas.

Mais abstention armée, c'est-à-dire avec mise immédiate en observation de la malade, repos, glace sur le ventre. La pratique montre la guérison spontanée dans la plupart des cas. L'intervention s'impose, bien entendu, à la moindre réaction péritonéale.

III. — LES INTERVENTIONS :

L'*hystérectomie vaginale*, opération d'exception, chez des femmes grasses très infectées, et dont l'état général est très mauvais : dans ces cas, c'est surtout une opération de drainage déclive. Cette intervention a le gros inconvénient d'être aveugle et de ne pas permettre l'exploration de la cavité abdominale ni, par conséquent, l'évaluation exacte des dégâts provoqués par la curette.

Une fois l'intervention décidée, il est logique, en effet, de choisir celle qui doit offrir le maximum de garanties. Cette intervention est sans conteste la *laparotomie exploratrice*.

Elle sera suivie, selon les cas, à la demande des lésions :

- 1° Du drainage du Douglas;
- 2° De l'épiplooplastie sans suture de la plaie utérine;
- 3° De la suture utérine;
- 4° De l'hystérectomie totale ou subtotale (avec ou sans drainage).

VU, BON A IMPRIMER :

VU : Le Doyen,
C. SIGALAS.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOULD. — Le traitement des perforations utérines. *Marseille médical*, 5 nov. 1930.
- AUVRAY. — Le traitement des perforations utérines. Société d'obstétrique et gynécologie de Paris, 1^{er} février 1931.
- BALARD. — Perforation utérine constatée au cours d'un curettage pour avortement criminel. Soc. d'obst. et gyn. de Bordeaux.
- BASSET. — *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, séance du 7 déc. 1931; *Bull. de la Soc. nationale de chir.*, séance du 14 oct. 1931.
- BROcq (M.). — De la conduite à tenir en présence d'une perforation de l'utérus. *Bull. de la Soc. d'obst. et gynéc. de Paris*, séance du 2 mai 1932.
- BROWN-CRAIG. — Perforation de l'utérus avec blessure du grêle. *Med. Journ. of Australia*, n° 11, 17 mars 1928.
- BOTTOMLEY. — Passage d'une sonde utérine à travers la paroi abdominale. *Med. Journ. and. Record*, n° 6, 21 sept. 1927.
- DOUAY. — Soc. d'obst. et gynéc. Paris, déc. 1931.
- DIEUST. — Soc. d'obst. et gynéc. de Leipzig, 20 mai 1912.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- FIOLLE. — Le curettage utérin, 1922.
- FERRARI. — Les perforations de l'utérus au cours du curettage. Soc. d'obst. et de gynéc. d'Alger, séance du 16 avril 1932.
- GUÉNIOT (P.). — Thérapeutique gynécologique.
- GUERILLETTE (R.). — Les perforations utérines au cours du curettage. Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris, séance du 4 juillet 1932.
- GUYOT et VILLAR. — Soc. d'obst. et gynéc. de Bordeaux, séance du 8 mai 1928

- GUÉNIOT (P.). — Le traitement des perforations utérines au cours du curettage *post abortum*. *Bull. méd.* du 24 sept. 1932.
- KELLER. — Soc. d'obst. et gynéc. de Strasbourg, 9 juin 1923.
- KÜSS. — Soc. nationale de chir., séance du 28 oct. 1931.
- LAPOINTE. — Traitement des perforations utérines. *La Clinique*, 9 janv. 1914.
- LE LORIER. — Soc. nationale de chir., 1924, p. 828.
- LAUBENBURG. — Deux cas curieux d'inclusion de viscères dans des perforations utérines. *Zentralbl. für Gynäk.*, Leipzig, 11 mai 1929.
- MOULONGUET. — Soc. d'obst. et gynéc., Paris, 2 mai 1932.
- MARION. — Technique chirurgicale, 1932.
- MESTITZ. — Blessure grave de l'intestin à la suite d'une perforation utérine. *Zentralbl. für Gynäk.*, n° 50, 14 déc. 1929.
- METZGER et VALENSI. — Traitement des perforations de l'utérus au cours de curettage. Soc. d'obst. et gynéc. de Paris, 11 avril 1932.
- MONOD et KIBALY (P.). — Perforation de l'utérus infecté *post abortum*. *Presse méd.*, 30 août 1930.
- MOLIN et DESJACQUES. — La perforation de l'utérus au cours du curettage; son traitement par la colpotomie. *Lyon médical*, 1925, n° 48.
- MIQUEL. — Thèse Paris, 1902-1903.
- MORLET. — Thèse Paris, 1904-1905.
- MENDELBAUM. — Sur un cas de perforation utérine. *Münch. medizin. wochenschr.*, 27 avril 1928.
- MANGÉ (J.). — Deux cas de perforation utérine au cours du curettage. Soc. d'obst. et gynéc. de Bordeaux, séance du 8 déc. 1931.
- POULIOT. — La technique du curettage utérin. *La Clinique*, mai 1925, p. 127.
- PLACENTIANU. — Perforation utérine avec rupture de l'anse sigmoïde. *Clujul medical*, 1^{er} avril 1931.
- PETIT-DUTAILLIS (Paul). — Soc. d'obst. et gynéc. de Paris, séance du 7 mars 1932.
- PROUST. — Soc. nationale de chir., séance du 14 oct. 1931.

- ROUHIER. — Perforation de l'utérus avec inclusion de l'intestin (deux cas). Soc. nationale de chir., séance du 4 nov. 1931.
- REBREYEND. — Thèse Paris, 1900-1901.
- SAUVÉ. — Soc. nationale de chir., séance du 14 oct. 1931.
- SCHWAB. — Contribution au traitement de la perforation utérine. *Zentralbl. für Gynäk.*, 1923.
- SCHWAAB. — Le traitement des perforations utérines. Soc. nationale de chir., 1924, p. 830.
- SIREDEY. — Soc. nationale de chir., 1924, p. 830.
- VAUVERTS. — De la conduite à tenir en cas de perforation de l'utérus. *Annales de la Soc. d'obst. et de gynéc. de Lille*, 1930.
- SAMARA. — Thèse Bordeaux, 1929-1930.

